

Cirsten E. Ullrich, Wolfgang Beth

Basisvariablen moderner Selbstsicherheitstrainings Arbeit an Selbstwert, sozialer Kompetenz und sozialer Angst am Beispiel des Assertiveness Training Program (ATP) mit ergänzender Schematherapie

Basic variables in modern self-assurance trainings with supplementary
Schema Therapy

Mangelnde Selbstsicherheit umfasst drei Aspekte:

1. Geringe soziale Kompetenzen im Sinne der angemessenen Einschätzung sozialer Situationen sowie im Sinne sozialer Fertigkeiten und Skills.
2. Geringer Selbstwert als negative Einstellung zu sich selbst, welche sich oft auf Leistung, Erfolg oder Äußeres bezieht.
3. Übermäßige soziale Ängste, in Bewertungs-, Kontakt-, Durchsetzungs-, oder Konfliktsituationen.

Das Assertiveness Training Programm (ATP) ist ein gut erprobtes Programm mit einer breiten Indikation zur Behandlung aller dieser drei Aspekte der Selbstsicherheit. Dabei werden in Rollenspielen in der Gruppe und anschließenden Hausaufgaben soziale Situationen in aufsteigendem Schwierigkeitsgrad geübt. ATP lässt sich gut mit Schematherapie im Einzelsetting kombinieren, welche sich als valide Intervention bei selbstunsicheren KlientInnen erwiesen hat. Es wird begründet, dass umfassendes Training der Selbstsicherheit von fünf Basisvariablen profitiert:

1. Die Angstintensität beim Üben soll bei 30 % liegen und die Schwierigkeit kleinschrittig gesteigert werden.
2. Vermeidung beim Üben soll unterbunden werden.
3. PatientInnen profitieren von genauer Operationalisierung des gewünschten Verhaltens.
4. Die differenzierten Bewertungen der PatientInnen nach erfolgten Rollenspielen soll zu Beginn ausschließlich positiv sein, von Videofeedback wird zunächst abgeraten.
5. PatientInnen sollen lernen, positive körperbezogene Erfahrungen mit kognitivem Wissen zu verknüpfen.

Ergänzende schematherapeutische Einzeltherapie bietet gute Möglichkeiten, im Sinne der Klärungsperspektive, die Ursachen mangelnder Selbstsicherheit zu verstehen. Außerdem stellt sie mit ihrem Bezug auf die Modifikation von inneren kritischen Stimmen und von Vermeidungsverhalten ein wirksames Verfahren zur Förderung des Selbstwertes dar. ATP und Schematherapie profitieren beide von den Vorteilen der Verbindung kognitiver mit emotionsevozierender Verfahren.

Schlüsselwörter

Selbstsicherheitstraining, Selbstwert, soziale Ängste, soziale Kompetenzen, soziale Skills, Assertiveness Training Programm, Schematherapie

A lack of assertiveness comprises of three aspects.

- 1. Low social competences regarding proper evaluation of social situations as well as social abilities and skills.*
- 2. Low self-esteem as negative attitude towards oneself which often relates to performance, success or appearance.*

3. Excessive social anxiety in situations of evaluation, contact, enforcement or conflict. The assertiveness training program (ATP) is a proven program with a wide indication for the treatment of all of these three aspects of assertiveness. In the course of this, group roleplay followed by homework with an increasing degree of difficulty is used for practicing reasons. ATP combines well with schematherapy in single settings, which has proved itself as a valid intervention with uncertain clients. It is justified that extensive assertiveness trainings benefit from five base variables:

- 1. Fear intensity during practice should be at about 30 % and difficulty (should be) increased by small increments.*
- 2. Avoidance while practicing should be prevented.*
- 3. Patients profit from the exact operationalization of the required behaviour.*
- 4. The differentiated ratings of the patients after the completion of role plays should be exclusively positive at the beginning whilst video feedback is discouraged.*
- 5. Patients should learn how to link positive body related experiences with cognitive knowledge.*

Additional schematherapeutic single therapy offers good possibilities regarding clarification perspective to understand the reasons for a lack of assertiveness. With its reference to the modification of critical inner voices and avoidance behaviour it also represents an effective process in fostering assertiveness.

ATP and schematherapy both profit from the advantages of the connection between cognitive and emotional evoking process.

Key words

Assertiveness training program, self assurance, self esteem, social anxiety, social competence, social skills, schematherapy

1. Allgemeine Beschreibung

Fast alle Menschen mit psychischen Problemen haben entweder Schwierigkeiten im Umgang mit anderen und/oder Schwierigkeiten im Umgang mit sich selbst. Selbstsicherheitstrainings als komplexe, verhaltens- und erfahrungsorientierte, emotions- und kognitionsbasierte Methoden zielen auf die Verbesserung beider Problembereiche. Eine der ersten entwickelten und sehr gut experimentell bestätigten Methoden ist dabei das ATP von Rüdiger Ullrich und Rita Ullrich de Mynck (1998 a,b). Dieser bewährte Ansatz lässt sich um moderne schematherapeutische, körperorientierte und kognitive Aspekte erweitern. Bei der von Young et al. (2003) begründeten Schematherapie handelt es sich

um ein Verfahren, welches ebenso wie das ATP auf die Veränderung überdauernder dysfunktionaler Muster im Umgang mit sich (z. B. Selbstbewertungen) und mit anderen (z. B. Vermeidungsstrategien) abzielt. Während der Schwerpunkt des ATP im Neuerlernen mittels emotionsaktivierender Rollenspiele liegt, wird in der ergänzenden Schematherapie im Einzelsetting Veränderungslernen besonders in den Bereichen Selbstbewertung und Abbau von Vermeidungsstrategien hauptsächlich über emotionsaktivierende Stuhldialoge und imaginatives Überschreiben angestrebt.

Probleme mit Selbstsicherheit entstehen nach Verständnis des ATP unter einer oder mehrerer der folgenden Bedingungen:

- Mangel an sozialen Kompetenzen
- Mangel an Selbstwert sowie
- das Vorliegen übermäßiger sozialer Ängste

Mangel an sozialen Kompetenzen: Kompetenzen werden hier im engeren Sinne verstanden als durch Übung erworbene Fertigkeiten und Kenntnisse sowie Geschick in deren Umsetzung. Andere Autoren bevorzugen umfassendere Definitionen, die über den engeren Begriff der Skills hinausgehen (Hinsch & Pfingsten, 2015).

Selbstunsichere Menschen verfügen in vielen Fällen nicht ausreichend über die Fähigkeit, soziale Situationen und ihr Gegenüber angemessen einzuschätzen (Ist mein Partner gesprächsbereit? Hat er etwa Interesse an einem Gespräch und ermuntert mich weiterzusprechen oder signalisiert er mir das Gegenteil?). Diese Fähigkeit bezeichnet man als soziale Diagnostik. Sie stellt einen Teilaspekt von sozialer Kompetenz dar.

Andererseits fehlen oft auch die Fähigkeiten, eigene Bedürfnisse auszudrücken und durchsetzen zu können und sich entsprechend der eigenen Überzeugungen zu verhalten (Wie wehre ich mich? Wie spreche ich mögliche Partner an? Wie kann ich einen Konflikt mit meinem Partner auf günstige Weise lösen?). Dies bezeichnen wir als soziale Skills im engeren Sinn.

Selbstsicherheitstrainings werden gelegentlich als reines Skilltraining missverstanden und fälschlicherweise auf die Vermittlung von „korrektem“ oder „gutem“ Verhalten beschränkt. Es ist jedoch wesentlich, die beiden anderen Bereiche Selbstwertaufbau und Angstabbau mit zu berücksichtigen, da diese ein echtes Neulernen von Fähigkeiten oft erst ermöglichen und so zu einer veränderten Beziehung zu sich selbst führen.

Mangel an Selbstwert: Menschen mit Selbstwertproblemen haben keine ausreichend positive Einstellung zu sich selbst. Ihr Selbstkonzept ist meist negativ, extrem störrisch und der Selbstwert oft an Leistung wie etwa ein perfektes Äußeres oder Erfolg gebunden. Sie machen sich in ihrem Selbstwerterleben von der Bewertung anderer abhängig und verfügen über eine große Zahl selbstschädigender Selbstkonzepte (etwa: „Ich bin lächerlich“; „Ich muss immer den Erwartungen anderer entsprechen“; „Wenn ich Fehler mache, bin ich nichts wert“). Ursache sind lebensgeschichtlich entwickelte überdauernde mentale Strukturen, welche dysfunktionale Schemata genannt werden können (z. B. das Schema der „Unzulänglichkeit“ vgl. Young et al., 2008). Diese äußern sich z. B. als Verhaltensgewohnheiten, Emotionen, Einstellungen, Kognitionen, und Wahrnehmungsstile. Sie entstehen durch einen Mangel an kindlicher Bedürfniserfüllung (vgl. Young et al., 2008; Grawe, 2000). So soll beispielsweise mütterliche Überbehütung und Überkontrolle in den ersten 16 Lebensjahren eine Beeinträchtigung der erwachsenen Autonomie und überhöhte Standards fördern. (vgl. Hoffart Lunding & Hoffart, 2016). Emotionale Vernachlässigung

und emotionaler Missbrauch im Kindesalter hingegen scheinen die Entwicklung ängstlich vermeidender Persönlichkeitsstörungen zu fördern (vgl. Lobbsteal et al., 2010).

Fast immer entstehen in der Folge dysfunktionaler Schemata ungünstige Copingversuche, die eine positive Beziehung zu sich selbst und zu anderen verhindern. Diese sogenannten Bewältigungsmodi bewirken, dass sich die Menschen im Übermaß den Erwartungen anderer unterwerfen und anpassen oder sich durch Vermeidung sozialen Situationen entziehen oder durch Abwertung anderer befürchtete Probleme umgehen. Die eigenen Bedürfnisse und Impulse werden oft als potentielle Auslöser von Konflikten bewertet, etwa wenn die Überlebensregel lautet: „Pass dich in Allem den Erwartungen anderer an“. Deshalb wird die Wahrnehmung eigener Gefühle und Bedürfnisse vermieden, da diese zu Konflikten mit anderen Menschen führen könnten. Langfristig wird so die Entwicklung einer ausreichenden Selbstwahrnehmung verhindert. (Was denke, empfinde und wünsche ich mir in der aktuellen Situation). Aus den gleichen Gründen erlauben sich selbstunsichere Menschen folglich erst recht nicht, sich eigene Ansprüche und Bedürfnisse zuzugestehen und diese dann gegenüber anderen zu formulieren.

Übermaß an sozialen Ängsten: Selbstunsichere Menschen vermeiden häufig die Wahrnehmung von Wut und Ärger und erleben oft starke Scham und exzessive Ängste, bis hin zu Panik. Diese sozialen Ängste werden durch vier typische Situationsklassen ausgelöst (Die Ausprägung der verschiedenen Angstklassen misst der Unsicherheits-Fragebogen von Ullrich & Ullrich de Muynck, 1977).

Bewertungssituationen, in denen ich im Zentrum öffentlicher Aufmerksamkeit stehe und befürchte, abgelehnt zu werden, aktivieren Angst vor Kritik (Übungen Nr. 41 und 52 im ATP: ich halte eine Rede oder rufe laut nach der Bedienung).

Kontaktsituationen, in denen ich unbekannte Menschen kennenlernen könnte oder bestehende Kontakte vertiefen könnte rufen unter anderem Angst vor Ablehnung oder vor Nähe hervor (Übung Nr. 21 im ATP: jemanden im Zug ansprechen).

Durchsetzungssituationen, in denen ich meine Interessen vertreten müsste oder andere um etwas bitten müsste, aktivieren Angst, eigene Forderungen zu stellen und zu unterliegen oder beschämt zu werden (Übung 48 im ATP: andere zu bitten, mich an der Kasse vorzulassen oder meinen reservierten Platz im Zug einzunehmen).

Abgrenzungs- und Konfliktsituationen bewirken Angst vor Konflikten (Übung 105 im ATP: mich abgrenzen und eine Bitte anderer ablehnen).

Diese Ängste sind Manifestationen der zugrundeliegenden Schemata und sind oft mit folgenden ausgeprägten Reaktionen auf den anderen drei Verhaltensebenen Körper, Motorik und Kognition verbunden:

- starke *körperliche Erregungsanzeichen* (Schwitzen, Zittern, Erröten, weiche Knie)
- exzessive *Vermeidungsverhalten, Sicherheitsverhalten* und Unterwerfungsgesten
- typische *kognitive Muster*, wie etwa
 - ausgeprägte Selbstaufmerksamkeit mit exzessiver Ausrichtung auf die Bewertung durch andere -sich mit den Augen der anderen sehen-
 - negative Sicht auf die Erfolgswahrscheinlichkeit eigenen Handelns und die Bedrohlichkeit der Interaktionspartner
 - Fehleinschätzung der Wahrscheinlichkeit der Ablehnung durch Interaktionspartner bei Formulierung eigener Ansprüche und Wünsche und
 - typische Denkfehler wie Übergeneralisierung und Dichotomisierung

Wesentliches Ziel der Therapie ist es, eine umfassende Verhaltens- und Einstellungsänderung zu bewirken, damit soziale Situationen verstärkend erlebt werden und die Person sich selbst darin als authentisch, kompetent, selbstwirksam und mit sich im Reinen wahrnehmen kann. Ein zentrales Anliegen ist dabei, dass kein perfektes, fassadenhaftes soziales Verhalten aufgebaut werden soll, sondern ein zu sich Stehen mit den eigenen Stärken und Schwächen gelernt werden soll. Auf Fehler bezogen bedeutet das beispielsweise, dass es nicht das Ziel sein kann, keine Fehler mehr zu machen, sondern sich selbst – auch mit den eigenen Fehlern und Unzulänglichkeiten – anzunehmen. Bzgl. des Umgangs mit der Angst wird vermittelt, dass nicht völlige Angstfreiheit angestrebt wird, sondern vielmehr trotz der Angst zu sich zu stehen und sich nicht von seinen Zielen abbringen zu lassen. Das ATP zeichnet sich durch ein Menschenbild aus, in dem ein verantwortungsbewusster, fairer Kompromiss zwischen den eigenen Rechten/Bedürfnissen und den Rechten/Bedürfnissen des Interaktionspartners angestrebt wird.

Ein wesentlicher Unterschied zu den Anforderungen der Therapie aller anderen Angststörungen liegt hierbei darin, dass soziale Situationen nahezu immer mit den Erfordernissen eigenen kompetenten sozialen Verhaltens verbunden sind (z. B. eine Rede halten) und nicht nur Angst zugelassen und intern bewältigt werden muss. Deshalb gelingt ein Neulernen von Fertigkeiten am besten in einem höchstens mittleren Aktivierungsbereich (Yerkes & Dodson, 1908), was u. a. durch eine Stufung der Schwierigkeit der auslösenden Angstsituationen (Hierarchiebildung), durch klare Instruktionen und Modellvorgaben, die Gestaltung einer entängstigenden Therapiebeziehung und durch entsprechende Gruppenregeln erzielt werden soll. In vielen Selbstsicherheitstrainings finden sich deshalb nur wenige reine Expositionsübungen, die meist Varianten des Erzeugens öffentlicher Aufmerksamkeit sind (z. B. ATP-Übung Nr. 80/81: den Ober/die Eisverkäuferin im Kino befragen, in einer Veranstaltung aufstehen etc.)

Da soziales Verhalten und Selbstbewertung größtenteils über Nachahmung gelernt wird, ist es notwendig für den Aufbau von sozial kompetentem Verhalten, Modelle anzubieten. Damit der Transfer von der Therapiesituation in den Alltag der Teilnehmenden gelingt, sind Hausaufgaben, bzw. Verhaltensübungen absolut notwendig. Alsleben und Hand (2008) führen bei ihrem sozialen Kompetenztraining zu diesem Zweck ganztägige In Vivo Übungen durch. Im modernen ATP kommen zahlreiche kognitive Methoden (Gedankenstopp, Aufmerksamkeitslenkung, Diskriminationstraining, Reattribuieren, Selbstverstärkung) und auch wesentliche Elemente der Schematherapie zum Einsatz. Wesentlich ist auch die Vermittlung günstiger Kommunikationsstrategien.

Da es Hinweise gibt, dass emotionale Bedeutungen (z. B. im Rahmen der Bewertungsangst) besser modifizierbar sind, wenn sie aktiviert sind (vgl. Lammers, 2011) spricht dies sowohl für eine in Vivo Aktivierung in Rollenspiel und Hausaufgaben, als auch für ein schematherapeutisch emotionsfokussiertes Vorgehen.

2. Indikation und Varianten

Das moderne ATP stellt ein Breitbandtherapeutikum dar, da es auf die allgemeine Verbesserung der Beziehung zu Anderen und zu sich selbst zielt. Die sich ausweitende Indikation schematherapeutischer Behandlung erstreckt sich ebenso von Persönlichkeitsstörungen

(incl. Cluster C, vgl. Bamelis et al., 2014) bis hin zu Selbsterfahrung (vgl. Beth, Jacob & Ullrich, 2017 sowie Jacob, 2013).

Trotz breiter Anwendungsmöglichkeit ist ATP hauptsächlich für die Behandlung von sozialen Angststörungen indiziert. Sozialängste sind dabei in der Regel nicht nur ausgeprägte Fehlschlagängste, sondern gehen oft als zusätzliche Ängste vor Konflikten und vor Kontakt weit über die reinen Ängste vor öffentlicher Blamage hinaus.

Formen von sozialen Angststörungen sind: Spezifische soziale Phobien (eingegrenzte Ängste, z. B. vor dem Sprechen oder vor dem Erröten), Generalisierte Soziale Phobien (mit Ängsten vor Blamage, vor Konflikten und vor Kontakten) wie auch ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen. In der Literatur besteht keine Einigkeit darüber, ob ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen schwerere Formen der Sozialphobien darstellen oder sich durch eigenständige Qualitäten mit den Merkmalen Mangel an Beziehungen und besonders ausgeprägter Minderwert auszeichnen. (vgl. Balje et al., 2016).

An zweiter Stelle ist das ATP für die Therapie von Multidiagnosen besonders geeignet, die wegen der häufigen Komorbiditäten sozialer Angststörungen (etwa mit Depression, psychosomatische Störungen, Süchte etc.) zu mehr als 80 im klinischen Alltag anzutreffen sind (Magee et al., 1996; Linden et al., 1999). Diese besondere Wirksamkeit ergibt sich u.a. aus der vertieften Arbeit am Selbstwert, durch die implizite intensive Aktivierung der Teilnehmenden (die Übungen bringen die Teilnehmenden etwa in Geschäfte, Restaurants, Kinos, ins Theater und zu Veranstaltungen, in Tanzlokale etc.) und durch das ausgeprägte Erleben von Erfolg und Verstärkererlebnissen als Folge der wöchentlichen Hausaufgaben und der selbst wahrgenommenen und rückgemeldeten Übungsfortschritte (vgl. Ullrich de Mynck, R. & Ullrich, R., 1980a,b,c).

Im Falle von reinen Fehlschlagängsten vor öffentlicher Beachtung (z. B. die sehr spezifische Angst, vor negativer Bewertung etwa wegen eines Augenzuckens) ist u. U. auch eine, die Angst konfrontierende Expositionsbehandlung oder eine überwiegend kognitive Therapie ausreichend (z. B. Stangier et al., 2006). Eine erste differenzialdiagnostische Einschätzung über die Wahl des Therapieverfahrens kann z. B. das Ergebnis des Unsicherheits- und Fehlschlagangstfragebogens liefern. Daneben ist mit Hilfe einer bedingungsanalytischen Diagnostik zu klären, inwieweit die Störung von Kompetenzdefiziten, tief liegenden Selbstwertstörungen und weiteren sozialen Ängsten neben den beschriebenen Kritikängsten begleitet wird.

In manchen Fällen liegen auch überwiegend soziale Skilldefizite ohne eine Beeinträchtigung durch schwere Selbstwert- oder Angststörungen vor. Diese finden sich im klinischen Alltag vor allem bei lerngeschichtlich sozial deprivierten PatientInnen, bei chronifizierten psychotischen Verläufen, bei manchen Persönlichkeitsakzentuierungen (z. B. schizoid) und bei manchen Entwicklungsstörungen (z. B. Asperger). In diesen Fällen ist es geboten, vor allem an die jeweilige Störung angepasste soziale Skills und Fertigkeiten aufzubauen. Diese PatientInnen sind nicht auf anfänglich ausschließlich positive Rückmeldung angewiesen, sondern profitieren auch sehr gut von Methoden wie dem GSK, das mit klaren Verbesserungsvorschlägen sowie mit Einsatz von Videoaufnahmen arbeitet und so die Betonung nicht primär auf Entängstigung und Selbstwertaufbau legt (vgl. Hinsch & Pfingsten, 2005).

Alsleben und Hand (2013) schließen PatientInnen mit ausgeprägten zwanghaften Persönlichkeitsakzentuierungen von ihrem SKT aus. Gross et al. (2012) konnten zeigen,

dass chronische ZwangspatientInnen, welche häufig zusätzlich von Cluster-C Störungen betroffen sind, von schematherapeutischen Interventionen hinsichtlich ihrer dysfunktionalen (Selbst-)Bewertungen und Bewältigungsstrategien profitieren. Nach unserer Erfahrung kann diese Patientengruppe unter der Voraussetzung einer begleitenden und vorab beginnenden schematherapeutischen Einzeltherapie durchaus vom ergänzenden ATP Nutzen ziehen.

Als weiterer Indikationsbereich ist die Arbeit mit PatientInnen mit neuropsychologischen Schädigungen (z. B. erworbene Hirnschädigungen) zu nennen, bei denen die Akzeptanz und der Umgang mit körperlichen oder kognitiven Verschlechterungen oder der Umgang mit neuen Verhaltensproblematiken (z. B. Reizbarkeit) im Vordergrund stehen müssen (Schellhorn et al., 2008; Macht & Ellring, 2003). Eine Einzelfallbeschreibung zu dieser Thematik findet sich bei Beth (2013).

Einen Sonderfall stellen Selbstsicherheitstrainings für Kinder und Jugendliche dar (z. B. Petermann & Petermann, 2015).

Natürlich ist das moderne ATP auch im nichtklinischen Bereich und in der Ausbildung etwa in der Selbsterfahrung oder Prävention einsetzbar. Dies stellt aber wegen der Komplexität des Verfahrens eher die Ausnahme dar und wird dann vor allem meist nur in Auszügen (z. B. Konfliktlösungen und Kommunikationsstrategien) angewendet.

Dabei kann das ATP sowohl im Einzelsetting als auch im Gruppensetting mit paralleler Einzeltherapie durchgeführt werden. Aufgrund der starken positiven Wirkung der Gruppe für den Selbstwertaufbau und durch den unschätzbaren Übungscharakter der Gruppe selbst als soziale Situation ist ein Vorgehen in der Gruppe als Königsweg zur Behandlung von mangelnder Selbstsicherheit zu bezeichnen.

3. Kontraindikation

Während akuter psychotischer Prozesse und bei schweren kognitiven Einschränkungen (z. B. nach orbito-frontalen Verletzungen oder bei Demenzen, sowie bei schweren depressiven Beeinträchtigungen) ist oft die Gruppenfähigkeit oder die Lernfähigkeit eingeschränkt. Dennoch können die genannten Patientengruppen von den beschriebenen Prinzipien profitieren, wenn die Programme entsprechend angepasst werden (s. o.). Auch für die Behandlung von Ablehnungssängsten bei BorderlinepatientInnen sind unserer Erfahrung nach speziell auf diese Patientengruppe zugeschnittene Programme besser geeignet (wie etwas das schematherapeutische Gruppentherapieprogramm von Farrell und Shaw (2013) sowie die dialektisch behaviorale Therapie von Linehan (1996).

Durch unsachgemäße Durchführung von Selbstsicherheitstrainings entstehen gelegentlich ungünstige Therapieergebnisse. Wir wollen uns in diesem Rahmen auf die häufigsten Missverständnisse in der klinischen Praxis beschränken:

- Wenn PatientInnen mit Programmen, die vordringlich dem Skillaufbau dienen, behandelt werden, obwohl sie gleichzeitig auch unter massiven Ängsten und Selbstwertstörungen leiden, werden diese PatientInnen durch das genannte Vorgehen leicht überfordert, da sie in einem Schwierigkeitsbereich üben, der weit über dem

30 % Anspannungsbereich liegt. Sie erleben das Training dann als Misserfolg. Da sie jedoch Angst vor Konflikten haben, trauen sie sich oft nicht, dies in der Gruppe zu thematisieren. Stattdessen passen sie sich den Erwartungen des Therapeuten an und üben dann in einem Angstbereich, der ein Neulernen und das Erleben von Selbstwirksamkeit unmöglich macht. Vielmehr wird stattdessen maladaptives Bewältigungsverhalten und dysfunktionales Sicherheitsverhalten verstärkt. Die Angstintensität und die Selbstwertstörungen bleiben unverändert bestehen oder nehmen sogar noch zu.

- Vor allem narzisstisch akzentuierte PatientInnen und solche mit ausgeprägtem Sicherheitsverhalten wünschen sich von der Therapie gelegentlich Hilfe dabei, „perfekter zu werden“ und eigene Schwächen besser verbergen zu lernen, um nicht von anderen kritisiert zu werden (Perfektionismus als Vorwärtsvermeidung). Ein Beispiel hierfür ist ein narzisstischer Patient mit einem Ruhetremor, der um Therapie nachsuchte, um mit Hilfe der Therapie Strategien zu lernen, diesen Tremor zu verstecken und zu überspielen. In dem Fall würde der Patient von einem reinen Skilltraining von Stunde zu Stunde in seinem vermeidenden Verhalten mehr aufgerüstet. Hier ist es wesentlich, dies zu bemerken und stattdessen zu betonen, sich trotz der körperlichen Auffälligkeit auf den Sozialkontakt einzulassen und das Grundproblem der Überzeugung, nur als perfekter Mensch anerkannt zu werden, anzugehen und sich stattdessen mit seinen sogenannten Schwächen zu zeigen und zu sich zu stehen.
- Bei dependenten PatientInnen besteht ein häufiger Fehler in der Gestaltung der Therapiebeziehung darin, versorgendes therapeutisches Verhalten zu lange beizubehalten. Ziel der Therapie im Rahmen des Selbstsicherheitstrainings bei dependenten PatientInnen ist eine Stärkung der Selbstwirksamkeit sowie der Autonomie, was in der schematherapeutischen Terminologie als Stärkung des gesunden Erwachsenen bezeichnet wird.

Während zu Beginn der Behandlung in der begleitenden schematherapeutischen Einzeltherapie die emotionsfokussierte Arbeit mit den ängstlichen, traurigen und einsamen Anteilen im Vordergrund steht, wird zum Ende hin der Transfer in den Alltag des Patienten und die Übernahme von Eigenverantwortung ins Zentrum gestellt, um zu vermeiden, „dass sie gegen Therapieende zurückfallen in „alte“ (vermeidende, dependente) Bewältigungsmuster“ (Jacob, 2013, S. 72).

Auch ein Videoeinsatz ist unter Umständen sehr kritisch zu bewerten. Er fördert bei vielen PatientInnen eine „Draufsicht auf sich selbst“ von außen und dient eben gerade nicht der Entwicklung eines Sozialverhaltens entsprechend der eigenen inneren Bedürfnislage. Außerdem produziert es bei PatientInnen mit massiven Selbstwertstörungen in der Regel Selbstabwertungen und starkes Schamerleben. Stattdessen würde z. B. das moderne ATP betonen, mehr die eigenen Bedürfnisse zu fokussieren und diese von „Innen nach außen“ im Verhalten sichtbar werden zu lassen.

4. Ablauf

Hier soll exemplarisch das Vorgehen im modernen ATP (Vollversion) in der Gruppe mit begleitender schematherapeutischer Einzeltherapie beschrieben werden:

4.1. Vorbereitungsphase

Nach einer ausführlichen Bedingungsanalyse und Fragebogenauswertungen mittels dem Unsicherheits- und dem Fehlschlagangstfragebogen von Ullrich de Mynck und Ullrich (1998a,b) wird gemeinsam mit dem Patienten eine Entscheidung darüber gefällt, ob und welche Variante eines Selbstsicherheitstrainings für ihn indiziert ist. Ein Indikationskriterium für das volle ATP ist dabei, dass mindestens drei Skalen des Unsicherheitsfragebogens sowie der Fehlschlagangstfragebogen um mehr als eine Standardabweichung erhöht sind. Falls sich die soziale Ängstlichkeit z. B. auf Kontaktangst beschränkt, sind individuell reduzierte Varianten möglich und ggf. empfehlenswert. Je nachdem, ob ein entsprechender Wunsch nach einer Gruppe sowie die notwendige Zuverlässigkeit und Bündnisfähigkeit bzgl. der Regeln besteht (s.u.) und ob ein kontinuierlicher Termin mit dem Alltag des Patienten vereinbar ist, wird mit den Teilnehmenden zusammen entschieden, ob das Selbstsicherheitstraining nur im Einzel oder in der Gruppe mit einer parallelen Einzeltherapie stattfinden soll. Dabei ist zu beachten, dass störungsimmanent (Angst vor anderen Menschen) bei selbstunsicheren Personen ohne entsprechende Beratung und Aufklärung zu Therapiebeginn Einzeltherapie meist bevorzugt wird (Yalom, 2012). Um die Teilnehmenden für die Gruppe gewinnen zu können, ist deshalb in der Vorbereitungsphase besonderer Wert auf eine motivationsfördernde Aufklärung zu legen. Das ATP in der Gruppe mit einer Verzahnung im Einzel ist einer ausschließlichen Einzeltherapie in den meisten Fällen jedoch vorzuziehen, da die Gruppe über Modellernen, operante Prozesse in der Rückmeldung und unmittelbare neue Erfahrungen in Gruppensituationen direkt auf alle drei Ebenen der Selbstsicherheit wirkt. Eine Begleitung der Gruppenprozesse in einer verzahnten Einzeltherapie ist in der Regel jedoch zwingend erforderlich, da die Arbeit am Selbstwert im Einzel häufig vertieft werden muss, Konflikte mit anderen Gruppenteilnehmenden aufgefangen werden müssen (da diese störungsbedingt wegen der massiven Konfliktängste anfänglich nicht in der Gruppe thematisiert werden können) und individuelle Lebensbedingungen spezifisch mitberücksichtigt werden müssen, um den Transfer in die Umwelten der PatientInnen sicherzustellen und die Drop-out Rate zu reduzieren. Schwere Selbstwertstörungen äußern sich in der Regel schon in den ersten Gruppenstunden, zum Beispiel in der Abwehr von positiver Rückmeldung durch die Gruppe oder durch den Therapeuten oder einer ständigen Wahrnehmung von Unterlegenheit im Vergleich zu den anderen Gruppenmitgliedern. Je schwerer die Selbstwertstörungen ausgeprägt sind, desto stärker und intensiver muss die Arbeit am Selbstwert im Focus der begleitenden Einzeltherapie stehen.

Es empfiehlt sich, vor Beginn der Gruppe mit jedem Gruppenmitglied in der Einzeltherapie einen Therapievertrag (Muster bei den Autoren erhältlich) abzuschließen, in dem er sich neben der Verschwiegenheit über andere Gruppenmitglieder zu der Beachtung von differenzierter positiver Rückmeldung (s.u.), regelmäßiger Teilnahme, Erledigung von Hausaufgaben und Durchführung von Rollenspielen verpflichtet, da diese Aspekte wesentliche Voraussetzungen für einen Therapieerfolg darstellen und resultierende Ängste auf zugrunde liegende Probleme hindeuten, die am besten im Einzel vor Beginn des Selbstsicherheitstrainings individuell bearbeitet werden sollten.

4.2. Durchführung

Das ATP besteht aus 127 sozialen Situationen, die entlang der beschriebenen Angstbereiche (s. Punkt 1) unter zunehmender Angstintensität und Schwierigkeit hierarchisch gestuft sind und die in 25 bis 35 Doppelstunden in der Gruppe in Rollenspielen gemeinsam

durchgearbeitet werden. Diese Übungssituationen reichen von einfachen, kurzen, stark vorstrukturierten sozialen Handlungen mit unbekanntem Passanten auf der Straße (etwa eine freundlich scheinende Passantin ohne Unterwerfungsgesten und anderem Sicherheitsverhalten nach dem Weg fragen – Übung 1 im ATP) bis hin zu sehr komplexen, auf die individuelle Lebenssituation der Teilnehmenden angepassten und anspruchsvollen Reaktionen mit vertrauten Personen (etwa manipulativem, indirektem Kommunikationsverhalten des Partners selbstsicher begegnen und mit Hilfe konstruktiven Gesprächsverhaltens zu versuchen, den dahinter liegenden Konflikt zu lösen – Übungen 124 und 125 im ATP). Entlang dieser Hierarchie werden Rollenspiele durchgeführt. Durch die Stufung der Hierarchie wird ein Üben im optimalen Aktivierungsbereich gewährleistet. Als eine wesentliche Basisvariable für echtes Neulernen hat es sich erwiesen, dass die Situation einem Schwierigkeitsgrad bzw. einer Angstintensität von etwa 30 entspricht, da in diesem Bereich eine Neubewertung der Situation besser gelingt und authentisches, selbstsicheres Verhalten ohne Rückgriff auf fassadenhafte Vermeidung erprobt werden kann. Falls neues Verhalten in höheren Angstintensitäten aufgebaut wird, greifen die Teilnehmenden – wie in ihrem Alltag – auf ungünstiges Bewältigungsverhalten zurück und handeln nach der Regel „Überleben geht vor Entwicklung“ z. B. „Augen zu und durch“ oder „etwas spielen, was ich nicht bin“. Gerade die angestrebte Entwicklung der neuen Fähigkeiten, wie achtsames Erspüren der eigenen Gefühle, Bedürfnisse und Impulse (bin ich wirklich bei mir/ in mir?) kann dann nicht gelingen, weil diese neue Entwicklung den geschützten Raum und die Sicherheit einer bewältigbaren Aufgabe verlangen. Vielmehr sollen die Teilnehmenden immer wieder ermutigt werden, durch kleine Schritte langsam aber stetig in authentische Selbstsicherheit hineinzuwachsen. Weiterhin ist es für den Selbstwertaufbau sehr wesentlich, dass die Teilnehmenden schnell Selbstwirksamkeit und Erfolg erleben, was vor allem in diesem Schwierigkeitsbereich auftreten wird. Höhere Schwierigkeiten sind auch aus diesen Gründen nicht dienlich. Das Vorgehen in kleinen Schritten entlang einer Hierarchie erscheint umso zwingender, je stärker die sozialen Ängste bei den Teilnehmenden ausgeprägt sind. Es stellt die **erste** wesentliche Basisvariable des Programmes dar.

Da soziale Skills überwiegend durch Nachahmung erworben werden (vgl. Bandura, 1976, zitiert in Reinecker et al., 1999), müssen für die selbstsichere Lösung jeder Situation Modelle dargeboten werden, an denen sich die Teilnehmenden dann bei ihren Übungen orientieren können. Dieses Modell kann entweder vom Therapeuten in der Gruppe live gezeigt werden (weshalb eine Durchführung mit einem Cotherapeuten ideal erscheint) oder mit Hilfe von vorliegenden Videomodellen (Hellauer et al., 1998) dargeboten werden. Um Vermeidungstendenzen zu verhindern und das Modelllernen innerhalb der Gruppe zu begünstigen üben dabei alle Gruppenmitglieder alle Übungen.

Gruppenmitglieder die anfangs auch ängstlich reagieren, dann jedoch einzelne Schritte bewältigen und langsam zu einer immer erfolgreicherem Bewältigung der Rollenspiele übergehen, bieten dadurch als Vorbild sogenannte Copigmodelle. Durch die größere Nähe im Angst- und Kompetenzbereich zu diesen Lösungsversuchen profitieren PatientInnen in der Regel davon besser, als von perfekten Masteringmodellen der TherapeutInnen, in denen die Modellsituationen angstfrei vorgeführt werden (vgl. Meichenbaum, 1971, 1977 zitiert in Reinecker et al., 1999).

Innerhalb einer gelungenen „Inszenierung“ entsprechend der unter 30 Schwierigkeitsregel (s.o) werden im Laufe einer Gruppenstunde alle Teilnehmenden immer mehr zu selbstsicherem Verhalten finden, da jeder Teilnehmer in starkem Maße auch von den Modellen und Erfahrungen der anderen Gruppenmitglieder profitiert. Unterbinden von Vermeidung in der Therapiesituation und Darbietung von (verschiedenen) Modellen stellen damit eine **zweite** wichtige Basisvariable des ATP dar.

Um die soziale Diagnostik zu verbessern, lernen die Teilnehmenden immer wieder zwischen selbstunsicherem, selbstsicherem und aggressivem Verhalten zu diskriminieren und auch die jeweiligen Verhaltensweisen beim Gegenüber zu unterscheiden. Dieses Diskriminationstraining kann entweder mit Hilfe von Übungsblättern (z.B. aus dem GSK von Hinsch & Pfungsten, 2015) oder direkt während der Übungsdarbietung des Modelles erarbeitet werden. Die AutorInnen bevorzugen die kontrastierende Darstellung von selbstsicheren/ selbstunsicheren (bzw. selbstsicheren/ aggressiven) Modellen während der ersten Übungen. Nach dieser kontrastierenden Darstellung gelingt es den Teilnehmenden erheblich besser, relevante Kriterien für selbstsicheres Verhalten zu erarbeiten und zu erkennen (s.u.). Diese Operationalisierung und starke Strukturierung des gewünschten Verhaltens stellt eine **dritte** Basisvariable des ATP dar. Es ist wesentlich, dass die Teilnehmenden schon bald lernen, aufgrund welcher operationalisierter Kriterien ein soziales Verhalten selbstsicher ist (z. B. Blickkontakt etwa drei Sekunden halten, einen festen Standpunkt räumlich in Armlänge einnehmen etc.) und diese Kriterien auch für das Erkennen aggressiven Verhaltens bei Sozialpartnern anwenden können (z. B. langen stechenden Blickkontakt, Unterschreitung der Distanzgrenze), um sich dann in späteren Schritten auch gegen diese Aggression zur Wehr setzen zu können.

Um am Selbstwert zu arbeiten, wird im ATP intensiv die Gruppe genutzt und von Anfang an sehr viel Wert auf unterstützende Rückmeldung gelegt. Eine vierte und die vielleicht wesentlichste Basisvariable des ATP ist dabei der Einsatz von anfänglich ausschließlich positiver, differenzierter Rückmeldung in der Gruppe, da Personen mit schweren Selbstwertstörungen von kritischer Rückmeldung oder Verbesserungsvorschlägen anfänglich extrem wenig profitieren, sondern vor allem mit Angstzunahme darauf reagieren. Die Teilnehmenden sollen ihre dichotomen Beurteilungen sozialen Verhaltens in den Dimensionen gut/schlecht bzw. selbstsicher/selbstunsicher verlernen und stattdessen differenziert wahrnehmen, welche Aspekte des Verhaltens der anderen Gruppenmitglieder die selbstsicheren Kriterien erfüllt haben.

Auch um diese differenzierende Wahrnehmung zu entwickeln und die Selbstwertstörungen bedingenden dichotomen Denkmuster zu unterbrechen, werden anfangs die Kriterien für die selbstsichere Lösung der Situation nach jeder Modellvorgabe sehr klar operationalisiert (s.o). Vor der Durchführung eines Rollenspieles entscheidet sich dann jeder Gruppenteilnehmer für einen Aspekt, den er bei seiner Durchführung ausprobieren möchte. Durch diese klare, eindeutig operationalisierte Struktur gelingt es den Teilnehmenden erheblich besser, sich auf die definierten positiven Aspekte während des Rollenspieles der anderen Gruppenteilnehmenden zu fokussieren und diese dann in einer Feedbackrunde, die jedem Rollenspiel folgt, zurückzumelden. Erst in einem zweiten, späteren Schritt sind viele Teilnehmenden erst in der Lage, die positiven Aspekte des eigenen Verhaltens während des Rollenspiels differenziert zu beachten („Habe ich mein Ziel erreicht?“) und zu verstärken. Im Laufe sehr weniger Stunden lernen die Teilnehmenden so, dass ein Verhalten nahezu niemals nur positive oder nur negative Aspekte hat, sondern immer

in mehreren Dimensionen betrachtet werden kann und dass Entwicklung gelingt, wenn sie von Woche zu Woche ihr selbstsicheres Repertoire erweitern. Weiterhin lernen die Teilnehmenden durch die Auswahl eines Zielkriteriums, sich realistische Ziele zu setzen und damit Erfolge wahrscheinlicher zu machen.

Erst wenn der Selbstwert der Teilnehmenden genügend stabilisiert ist und damit die Basis für echtes Selbstvertrauen gelegt wurde (nach ca. 15- 20 Doppelstunden in der Gruppe) üben die Mitglieder in den Rollenspielen, auf konstruktive Weise, Kritik zu geben und selbst damit umzugehen. Dann erst sind sie in der Lage, von dieser Kritik oder von Verbesserungsvorschlägen zu profitieren und können mit Hilfe einer solchen differenzierten Rückmeldung meist in zügigem Tempo weiter soziales Verhalten aufbauen.

Beim ATP werden anfangs nur operationalisierte Kriterien in der jeweiligen Übung rückgemeldet („Du hast dich nicht entschuldigt“ statt „Du hast das total selbstsicher und sympathisch gemacht“), um das Annehmen der positiven Rückmeldung zu erleichtern und die beim Loben entstehende Kontaktangst gering zu halten. Auch hier folgt das Programm dem Prinzip der kleinen Schritte, indem anfangs nur konkrete positive Übungsfortschritte zurückgemeldet werden. Später werden dann weitergehende Fortschritte zurückgemeldet. Erst nachdem die Teilnehmenden gelernt haben, die anfangs oft stereotype Abwehr von Lob, Nähe und Anerkennung zu unterlassen und eine erste positive und selbstfürsorgliche Beziehung zu sich selbst aufgebaut haben, wird in einem sehr viel späteren Teil gelernt, mittels Rückmeldeübungen auch übergreifende positive Rückmeldungen anzunehmen. Als schwerste Rückmeldeübung fassen sich die Teilnehmenden an den Händen, schauen sich in die Augen und teilen dem Übungspartner mit, was sie an ihm mögen (Übung Nr. 106 im ATP). Trotz dieses kleinschrittigen Vorgehens in der Rückmeldung gelingt es manchen Teilnehmenden am Anfang der Gruppe nicht, positive Rückmeldung wirklich anzunehmen, da der Selbstwert zu tiefgreifend gestört ist. Hier kommt dann die Verzahnung mit der Einzeltherapie ins Spiel. Ein besonders guter Einstieg in die Arbeit am Selbstwert in der Einzeltherapie gelingt dabei (neben der Aufarbeitung der Schwierigkeiten im Umgang mit Lob) auch mit Hilfe der Spiegelübungen des ATP (Übung 14 im ATP: Der Patient schaut zu Hause oder in Gegenwart des Therapeuten in der Einzeltherapie in den Spiegel und beobachtet dabei, welche inneren Selbstverbalisationen einen entspannten Gesichtsausdruck bewirken). Der Blick in den Spiegel stellt einen hervorragenden Einstieg in die Arbeit mit der Selbstbewertung dar, weil hierdurch unmittelbar innere Dialoge aufgerufen werden. In der Regel sind diese negativ und durch in der Schematherapie als fordernde oder strafende Elternmodi benannte Anteile verursacht und betreffen vor allem die Aspekte der Selbstakzeptanz und Selbstwertschätzung als Teile des Selbstwertes. Unter Selbstakzeptanz verstehen wir, dass sich eine Person mit ihren Bedürfnissen, Gefühlen, ihrem Körper und dem, was sie in ihrer Identität ausmacht, annehmen kann („Gut, dass ich da bin“. „Ich nehme mich an, so wie ich bin“. „Ich mag mich und erlaube mir meine zentralen Bedürfnisse“ etc.). Als Sonderform können die Spiegelübungen auch als Zugang zu der Arbeit mit dem Selbstvertrauen genutzt werden. Unter Selbstvertrauen verstehen wir, dass sich eine Person zutraut, ihre zentralen Bedürfnisse und Gefühle wahrzunehmen und diese auch zu erreichen (Mein Körper meine Gefühle sind meine Freunde und helfen mir, mich im Leben bezüglich wichtiger Belange zu orientieren. Ich kann mich auf mich selbst verlassen und spüre was ich will.). Auch hier ist ein Mangel an Selbstvertrauen vor allem durch fordernde/strafende Elternmodi verursacht.

Ursache für die mangelnde Fähigkeit zum Ärgerausdruck vieler Cluster-C PatientInnen sind „oft intensive Schuldgefühle (schuldinduzierender Elternmodus), wenn sie Ärger überhaupt nur zulassen, geschweige denn Ausdrücken.“ (Jacob, 2013, S. 63).

Mit Hilfe moderner schematherapeutischer Ansätze werden dann im Einzelsetting diese inneren kritischen Modi in Stuhldialogen bearbeitet und so die Voraussetzungen für Abgrenzung und Durchsetzung erarbeitet.“ Dabei sollen PatientIn und TherapeutIn „Ärgerausdruck modellieren, um diesen zu normalisieren und der Patientin die Angst davor zu nehmen. Häufig benötigt dieser Prozess eine längere Zeit und viele Wiederholungen.“ (Jacob, 2013, S. 63).

In einem zweiten Schritt wird dann in Imaginationsübungen das vulnerable, selbstunsichere, einsame Kind dabei unterstützt, neue gute Gefühle durch neue hilfreiche Erfahrungen in der Imagination zu lernen. Damit ist bei schwer gestörten PatientInnen dann der Boden bereitet, für die weitere Arbeit mit wohlwollenden, liebevollen und wertschätzenden anderen (z. B. die anderen Gruppenteilnehmenden). Ein Beispiel für die vertiefende schematherapeutische Arbeit neben und nach einem ATP findet sich bei C. Ullrich (2013).

Als letzte wesentliche Basisvariable soll die Betonung positiver körperbezogener Erfahrungen und Verknüpfung dieser Erlebnisse mit kognitivem Wissen am Beispiel zweier typischer Übungen erläutert werden. In der ersten Übung in welcher der (in diesem Beispiel schüchterne) Teilnehmer übt, als erster durch eine Tür zu gehen (ATP Übung: 7) ist es wesentlich, dass der Therapeut den Moment, in dem der Übungsteilnehmer den Impuls entwickelt: jetzt muss ich schneller werden, um wirklich als erster die Tür zu passieren vertieft und diesen in der Wahrnehmung des Teilnehmers körperlich verankert, indem er die Selbstwahrnehmung auf diesen Moment besonders fokussiert. Dieser Moment und die begleitenden Körpererfahrungen sind so wichtig, da der Teilnehmer in ihm den Impuls „ich will“ erlebt. Diese Willensbildung drückt sich körperlich sichtbar aus (z. B. durch eine Aufrichtung im Oberkörper, eine Straffung und Aufrichtung des Kinnes, ein Sich größer machen etc.) und ist für viele Teilnehmenden eine sehr neue, erste Erfahrung im Umgang mit eigenen Bedürfnissen. Sie fördert das Erleben, dass ihr Körper ihr Freund ist, der ihnen bei der Wahrnehmung und Durchsetzung eigener Bedürfnisse hilft und bietet damit die Grundlage von echter Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit. Diese Übung zielt auf die Verknüpfung von Angstabbau, Selbstwertaufbau und Aufbau sozialer Kompetenzen im Bereich Durchsetzung. An dieser Übung kann man sich auch nochmal den Unterschied zwischen reinem Skillaufbau und unterfütterter Arbeit am Selbstwert verdeutlichen. In der zweiten Übung (Partnerübung: ich gehe auf meinen Partner zu und bleibe stehen, wenn ich eine innere Grenze spüre) liegt der Focus ebenfalls auf der Wahrnehmung eigener innerer Prozesse. Hierbei wird vermittelt, dass es erlaubt ist, eigene Grenzen zu haben. Die Teilnehmenden lernen, die Wahrnehmung eigener Grenzen mit den entsprechenden Körperempfindungen zu verbinden und diese Grenzen auch angemessen deutlich zu vertreten. Damit zielt diese Übung auf die Verknüpfung von sozialer Kompetenz, Angstabbau und Selbstwertaufbau im Bereich ‚Nein sagen dürfen‘ und ist eine wichtige Übung im Bereich ‚Konflikte aushalten‘.

Etwa in der 12. – 14. Stunde sollten die Therapiefortschritte im ATP mit einer zweiten Messung durch den Unsicherheits- und Fehlschlagangstfragebogen validiert werden. Dabei ist beim U- Bogen eine Reduktion der Angstwerte um ca. eine Standardabweichung zu erwarten. Da der FAF-Bogen vor allem auf das Selbstkonzept und weniger auf das Verhalten in konkreten Situationen zielt, dauert eine Reduktion dieser Werte etwas länger. Falls die Werte nicht entsprechend reduziert sind, sollten die Ursachen unbedingt im Einzel herausgearbeitet werden und Hindernisse in der Einzeltherapie vertieft bearbeitet werden. Am Ende des Programmes steht dann eine erneute umfangreiche Diagnostik. Interessant ist, dass sich vor allem die Werte des FAF nach Ende der Therapie gelegentlich noch weiter reduzieren, wenn das Selbstbild immer stabiler in Richtung Selbstsicherheit in den Alltag integriert wird.

5. Grad der empirischen Absicherung und persönliche Bewertung

Ullrich und Ullrich de Mynck (1980a,b,c) beschreiben in ihren Therapiestudien, dass ca. 80 % der Teilnehmenden Angstfreiheit durch das ATP erreichen (operationalisiert durch die Abschlussmessungen in U- und FAF-Fragebogen). In diesem Wert waren non-responder und Therapieabbrüche enthalten. Diese Effekte waren längerfristig stabil und generalisierten auf das allgemeine Wohlbefinden und alle sozialen Bezüge. Diese subjektiven Verbesserungen ließen sich durch Fremdratings bzgl. kompetenten Sozialverhaltens, erhöhter Attraktivität und Sympathie validieren. Die Modifikation der Selbstabwertung sowie übende Interventionen zur Selbstermutigung sind in der Schematherapie ebenso wie im sozialen Kompetenztraining zentral. Deshalb scheint es uns nützlich, soziales Kompetenztraining mit schematherapeutischem Vorgehen zu ergänzen.

Im Bereich der Schematherapie liegen bereits mehrere gesicherte Belege für die Wirksamkeit dieser Behandlung bei Cluster C Persönlichkeitsstörungen und bei der Behandlung sozialer Angststörungen vor.

Sehr gute Erfahrungen mit Schematherapie als Intervention bei Cluster-C PatientInnen berichten in einer vergleichenden RCT Studie Bamelis et al. (2014).

Über die Kombination beider Verfahren gibt es bisher noch keine kontrollierten Studien. Empirische sehr gute Erfolge beider Verfahren sprechen jedoch für die Steigerung der Wirksamkeit durch deren Kombination, was auch unserer eigenen klinischen Erfahrung entspricht.

Literatur

- Alsleben, H. & Hand, I. (2006). Soziales Kompetenztraining: Gruppentherapie bei sozialen Ängsten und Defiziten. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Balje, A., Greeven, A., van Giezen, A., Korrelboom, K., Arntz, A. & Spinhoven, P. (2016). Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: study protocol for a randomized controlled trial. Published online 2016 Oct 8. doi: 10.1186/s13063-016-1605-9

- Bamelis, L.L.M., Evers, S.M.A.A., Spinhoven, P. & Arntz, A. (2014). Results of a multi-centered randomized controlled trial on the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*, 171(3), 305-22.
- Beth, W. (2013). Ich will so sein wie früher – soziale Ängste nach Hirnblutung. In: G. Jacob & L. Seebauer (Hrsg.), *Fallbuch Schematherapie* (S. 139-144). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Beth, W., Jacob, G. & Ullrich, C. (2017). Schematherapie in der VT-Selbsterfahrung. In: T. Möslers, S. Poppek, J. Kemper, A. Rose & W. Dormmann (Hrsg.), *Der Blick auf sich selbst – Selbsterfahrung in der Psychotherapie* (223-253). Tübingen: Psychotherapie-Verlag
- Farrell, J. & Shaw, I. (2013). *Schematherapie in Gruppen. Therapiemanual für die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Mit Online-Materialien*. Heidelberg: Beltz.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Gross, E. N., Stelzer, N. & Jacob, G. A. (2012). Treating obsessive-compulsive disorder with the schema mode model. In M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (eds.), *Handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (p. 173-184). Sussex: Wiley.
- Hellauer, D., De Muynck, R. & Ullrich, R. (1998). *Das Assertiveness Training Programm ATP: Therapieverfilmung (DVD 1 bis 3)*. Münchner Therapiefilme.
- Hinsch, R. & Pfungsten, U. (2015). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) (6. Aufl.)*. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Hoffart Lunding, S. & Hoffart, A. (2016). Perceived Parental Bonding, Early Maladaptive Schemas and Outcome in Schema Therapy of Cluster C Personality Problems. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23 (2), 107-117.
- Jacob, G. A. (2013). Überlegungen zur Nutzung schematherapeutischer Konzepte in der Selbsterfahrung bei der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten. *Verhaltenstherapie*, 21, 188-192.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2013). *Schematherapie. Fortschritte der Psychotherapie Bd. 53: Schematherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Jacob, G. & Seebauer, L. (Hrsg.) (2013). *Fallbuch Schematherapie*. Weinheim: Beltz.
- Lammers, C.H. (2011). *Emotionsbezogene Psychotherapie. Grundlagen, Strategien und Techniken (2. Auflage)*. Stuttgart: Schattauer.
- Linden, M., Gastpar, M., Hagen, S., Kossow, K.D., Margraf, J. & Wittchen, H.U. (1999). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der sozialen Phobie. *MMWMedien* (S. 74-79).
- Linehan, M. (1996). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Lobbestael, J.1., Arntz, A. & Bernstein, D.P. (2010). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *J Pers Disord*. 24(3), 285-95.
- Macht, M. & Ellgring H. (2003). *Psychologische Interventionen bei der Parkinson-Erkrankung. Ein Behandlungsmanual*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.-U., McGonagle, K. A. & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2015). *Training mit sozial unsicheren Kindern (11. Aufl.)*. Weinheim: Beltz.
- Reinecker, H., Borg-Laufs, M., Ehlert, U. & Schulte, D. (1999). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Schellhorn, A., Bogdahn, B. & Pössl, J. (2008). *Soziales Kompetenztraining für Patienten mit erworbener Hirnschädigung*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen; Borgmann.
- Stangier, U., Clark, D.M. & Ehlers, A. (2006). *Soziale Phobie, Fortschritte der Psychotherapie Bd 28*. Göttingen: Hogrefe.

- Ullrich, C. (2013). Ich sehne mich so nach Leben! – Cluster C Persönlichkeitsstörung mit völliger Selbstaufopferung. In: Jacob, G. & Seebauer, L. (Hrsg.), Fallbuch Schematherapie (S. 123-133). Weinheim: Beltz.
- Ullrich, R. & Ullrich de Muynck, R. (1977). Der Unsicherheitsfragebogen. München: J. Pfeiffer.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1980a). Erster Effizienznachweis des Assertivness-Training-Programm. In K. Grawe, D. Zimmer, R. Ullrich de Muynck & R. Ullrich (Hrsg.), Soziale Kompetenz 2 Experimentelle Ergebnisse zum Assertivness-Training-Programm – ATP, Klinische Effektivität und Wirkungsfaktoren (S. 9-21). München: Pfeiffer Verlag.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1980b). Spezifische Effekte des ATP im Arbeits- und Leistungsbe- reich. In K. Grawe, D. Zimmer, R. Ullrich de Muynck & R. Ullrich (Hrsg.), Soziale Kompetenz 2 Experimentelle Ergebnisse zum Assertivness-Training-Programm-ATP, Klinische Effektivität und Wirkungsfaktoren (S. 21-33). München: Pfeiffer Verlag.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1980c). Das Assertivness-Training-Programm ATP – Therapiere- sultate in der ambulanten Versorgung. In K. Grawe, D. Zimmer, R. Ullrich de Muynck & R. Ullrich (Hrsg.), Soziale Kompetenz 2 Experimentelle Ergebnisse zum Assertivness-Training-Programm – ATP, Klinische Effektivität und Wirkungsfaktoren. München: Pfeiffer Verlag.
- Ullrich, R. & Ullrich de Muynck, R. (1998a). ATP Band 1 und 2: Einübung von Selbstvertrauen. Mün- chen: Pfeiffer.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1998b). ATP: Testmappe. München: Pfeiffer (Leben Lernen Nr. 122/1-3, 123, 124).
- Yalom, I. (2012). Theorie und Praxis der Gruppentherapie (11. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Yerkes, R.M. & Dodson, J.D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*. 18, 459-482.
- Young, J.E., Klosko, S. & Weishaar, M. E. (2008). Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann.

Korrespondenzadressen

praxis@cirstenullrich.de
wolfgang.beth@gmx.net